

診療情報提供書用紙等送付依頼票

当院専用「診療情報提供書」、「紹介患者予約票」、「紹介状専用封筒」が必要な際は、次のいずれかにより、ご連絡ください。医療機関名等を印字して、お届けします。(無料)

本票に必要事項をご記入の上、F A X (0 1 2 0 - 0 0 7 - 2 5 3) してください。

医療連携室 (0 9 3 - 6 9 1 - 7 3 9 4) に、その旨お電話ください。

代表メール (renkei@mbox.pub.uoeh-u.ac.jp) に、その旨メールしてください。

A	「診療情報提供書」 & 「紹介患者予約票」 (3 枚複写)	10 30	20 50	「診療情報提供書」の3枚目に「紹介患者予約票」を付しています。「紹介患者予約票」の裏面に、事前予約案内、交通案内等を印刷しておりますので、ご紹介いただく際、患者様にお渡しく下さい。	
B	「紹介患者予約票」 (両面刷り1枚)	10 30	20 50	独自の「診療情報提供書」様式をご使用の機関向けです。ご紹介いただく際、患者様にお渡しく下さい。裏面に事前予約案内、交通案内等を刷り込んであります。	
C	「紹介状専用封筒」	10 30	20 50	当院に患者様をご紹介いただく際の専用封筒です。A、Bに関わらず、ご利用ください。	
A、B、Cへの 医師名の印字		要 不要	医師名を印字すると、押印だけでご利用いただけます。 印字医師名 () 記載のある医師毎に印字します。		

医療機関名等

〒	所在地(住所) 法人名等 医療機関名 電話番号 F A X 番号 医師(代表者)名
---	--

その他、当院に関する、ご意見、ご希望等があれば、ご記入ください。

処理欄

〒 8 0 7 - 8 5 5 5
 北九州市八幡西区医生ヶ丘1番1号
 産業医科大学病院 医療連携室
 T E L 0 9 3 - 6 9 1 - 7 3 9 4
 F A X 0 1 2 0 - 0 0 7 - 2 5 3